

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1940

THÈSE

N^o 181

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jacques PÉRILLO

de la Faculté de Médecine de Paris

Né à Odessa (Russie), le 29 Novembre 1915

**Tumeur praevia
de la branche ischio-pubienne,
césarienne**

Président : M. C. Jeannin, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE B. DEY
162, Rue Saint-Jacques

1940

181



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Tumeur praevia
de la branche ischio-pubienne
césarienne

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1940

THÈSE

N^o

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jacques PÉRILLO

de la Faculté de Médecine de Paris

Né à Odessa (Russie), le 29 Novembre 1915

**Tumeur praevia
de la branche ischio-pubienne,
césarienne**

Président : M. C. Jeannin, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE B. DEY
162, Rue Saint-Jacques

1940

I. PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY RACOT
Pathologie chirurgicale.	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. AGRÉGÉS EN SERVICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER . Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 BULLIARD .. Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER Anatomie.
 COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE ... Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.). Physique.
 DESOILLE ... Médecine légale.
 DIGONNET ... Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD .. Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie
 pathologique.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES . Pathologie médicale.

MM.

GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN ... Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME .. Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE ... Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY . Pharmacologie.
 MARCHAL ... Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX .. Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET .. Pathologie médicale.
 MOUQUIN ... Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNÈQUE ... Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH ... Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE ... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET ... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . Obstétrique.
 NEVEU LEMAIRE Parasitologie.
 VAUDESCAL . Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ		BROCQ	
CATHALA ...		CADENAT ...	
CHABROL		GATELLIER .	
CHEVALLIER.		de GAUDART	
DONZELOT ..		d'ALLAINES	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL ...		MOULONGUET	
HUGUENIN ...		MOURE	
LAROCHE (G.)		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIÉDELIEVRE.			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER ...	
PORTES	
VIGNES	

V. CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ..	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR C. JEANNIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Qui m'a fait le très grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.
Hommages très respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. ECALLE

Dont les conseils et l'affectueuse bienveillance me furent si précieux.

Qu'il veuille bien trouver ici un témoignage de ma fidèle reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

MONSIEUR LE DOCTEUR COURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO

MONSIEUR LE DOCTEUR HALBRON

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESMAREST

MONSIEUR LE DOCTEUR PÉRON

MONSIEUR LE DOCTEUR JANET

MONSIEUR LE DOCTEUR ESCALIER

INTRODUCTION

Les tumeurs praevia sont relativement rares, mais M. le Professeur Jeannin ajoute : « ...et je dois dire que la rareté en augmente l'intérêt. Dans mon Service, à l'Hôpital de la Pitié, je n'en ai guère opéré qu'une vingtaine en 11 ans. Ces tumeurs sont des fibromes, des kystes et *beaucoup plus rares encore sont les tumeurs de l'exca-vation* ».

Bohler et Reiles de Strasbourg, se basant sur les statistiques de la Clinique Obstétricale de Strasbourg, donnent les chiffres suivants : 22 cas de tumeurs praevia sur 21.227 accouchements en 12 ans, donc dans une proportion de 1 pour 1000.

Mais sur les 22 cas rapportés par ces auteurs, il n'y en a pas un seul où la tumeur praevia soit due à une anomalie osseuse, fibroblastique ou autre.

D'ailleurs la littérature est fort pauvre en observations se rapportant à des cas de tumeur osseuse du bassin, cause de dystocie au cours de l'accouchement.

Il m'a semblé donc intéressant de rapporter cette observation inédite.

OBSERVATION INÉDITE

Cas observé

**dans le Service de M. le Professeur Agrégé Ecalle,
à la Maternité de l'Hôpital Boucicaut.**

Madame Georgette C..., âgée de 24 ans, est née au Santiago du Chili de parents de nationalité et d'origine françaises. Elle demeure en Amérique du Sud jusqu'à l'âge de 14 ans et ne présente au cours de son enfance que quelques maladies infantiles d'évolution bénigne. Dans sa famille on peut noter que son père est mort à 50 ans d'affection gastrique peut-être cancéreuse.

La mère est bien portante ainsi qu'un frère et trois sœurs plus âgées qu'elle.

La malade a été réglée pour la première fois à 13 ans et depuis ses règles ont toujours été normales en date d'apparition, en durée et en quantité.

Elle se marie en fin décembre 1935 à l'âge de 20 ans et demi, ses premiers rapports génitaux datent de cette époque.

Le 15 Septembre 1936, à la suite d'une grossesse normale en évolution et en durée et d'un travail au cours duquel rien d'anormal n'a été observé dans le canal génito-pelvien, la femme accouche à la Maternité de Boucicaut, d'un garçon normalement constitué pesant 3410 grammes.

Dans les suites de couches, la femme a présenté à sa sortie de l'Hôpital des pertes peu abondantes, de sang un peu noirâtre, ayant duré 6 semaines environ, la femme n'ayant pas consulté. Trois mois après l'accouchement, elle a présenté le retour de couches sous forme de menstruations normales. D'autre part, la mère n'ayant pas assez de lait, l'enfant a été élevé à l'allaitement mixte sans aucun incident, sa croissance a toujours été normale.

A la fin de Septembre 1937, la femme maigrit de 3-4 kilos et se plaint de fatigue. L'asthénie persiste tout l'hiver malgré les toniques qu'on lui prescrit. En juin-juillet 1938, la femme est à la campagne, et son état général s'améliore légèrement.

Le 30 Novembre 1938, elle présente ses règles normalement. Au début de janvier 1939, ayant un retard de règles, la femme consulte un médecin qui pratique un toucher vaginal et ne trouve rien d'anormal.

Le 29 Mars 1939, la malade vient consulter à la Maternité de Boucicaut. La sage-femme qui l'examine marque sur son carton : « Grossesse de 4 mois environ. Rien d'anormal ». Dans les mois qui suivent, la femme vient consulter régulièrement.

Voici les différents compte-rendus, notés sur son carton :

« Le 24 Mai 1939. Grossesse de 5 mois 1/2 environ. Les bruits du cœur fœtal sont perceptibles. Toucher vaginal normal ».

« Le 12 Juillet 1939. Grossesse de 7 mois environ.

Tête en bas mobile. Bruits du cœur perceptibles. Toucher vaginal normal ».

« Le 4 Août 1939. Grossesse de 8 mois environ. Tête en bas mobile. Bruits du cœur positifs. Rien d'anormal au toucher vaginal ».

« Le 23 Août 1939. Grossesse de 8 mois et demi environ. Tête en bas mobile. Les bruits du cœur existent. Le toucher vaginal montre l'existence d'une tumeur faisant corps avec la face interne de la branche ischio-pubienne gauche. Sa forme rappelle celle d'une demi-poire dont la grosse extrémité serait du côté de la tubérosité ischiatique et dont la face de section serait appliquée contre la face interne de la branche ischio-pubienne gauche. Sa consistance est dure, semblable à celle d'un os. Sa surface est légèrement bosselée. Par son volume, cette tumeur obstrue nettement le segment inférieur du canal pelvi-génital et constitue un obstacle praevia. Le toucher rectal montre également l'existence de la tumeur et permet d'explorer son pôle postérieur ».

La femme est envoyée à l'Institut Prophylactique de la rue d'Assas où les examens suivants sont pratiqués :

Perethynol	0
Résorcine	13
Acétate de cuivre concentré	77
Suralbumine purifiée	186
Hélianthine	103
Albumine au litre de sérum	79,50
Glucose » » »	0,80
Cholesterol » » »	2,68

La réaction au perethynol indique l'absence de syphilis,

celle à l'acétate de cuivre concentré indique la possibilité d'une tumeur maligne.

Le 30 Août 1939 la femme entre dans le Service de la Maternité de Boucicaut. A l'examen on trouve : une grossesse près du terme, la tête fœtale est en bas, mobile, les bruits du cœur fœtal sont perceptibles. On retrouve la tumeur aux touchers. Ni sucre, ni albumine dans les urines. La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

L'examen radiographique ne donne rien de précis sur la tumeur.

Le 18 Septembre 1939, on provoque le travail par injection sous-cutanée d'extrait du lobe postérieur d'hypophyse.

A 11 heures, M. le Professeur Agrégé Ecalte pratique la césarienne supra-symphysaire par procédé habituel après rachianesthésie.

On procède à l'extraction d'un garçon vivant pesant 3500 grammes.

La délivrance est de 520 grammes.

Les suites de couches sont normales.

La mère allaite l'enfant qui se développe d'abord difficilement sans raison apparente puis sa courbe de poids se redresse et monte régulièrement.

Le 7 Octobre 1939, on pratique la biopsie dans le Service de Chirurgie de M. le Docteur Labey à l'Hôpital Boucicaut.

L'examen anatomo-pathologique est effectué par M.

le Docteur Normand au Musée-Laboratoire Maurice Letulle de l'Hôpital Boucicaut.

Voici le résultat de cet examen :

« L'étude histologique des fragments prélevés par biopsie, montre une tumeur formée par des cellules conjonctives fibro-blastiques adultes nombreuses, de volume variable, allongées, effilées à leurs pôles ; leur noyau est assez fortement chromatophile, souvent tatoué de fines poussières chromatinienues ; dans certains de ces noyaux, on reconnaît un petit nucléole ; les mitoses y sont extrêmement rares, quelques éléments ont tendance à s'individualiser et prennent une forme arrondie ou polygonale.

Les fibrilles collagènes inter-cellulaires sont nombreuses, onduleuses, parfois fines, molles, parfois plus densifiées.

Vue dans son ensemble, la masse tumorale est un peu lobulée, lobulations constituées par des faisceaux enchevêtrés tourbillonnants, coupés sous des incidences diverses.

Autant que nous pouvons nous en rendre compte sur les fragments soumis, cette tumeur ne présente pas de limites précises, elle envahit et détruit la gangue conjonctivo-musculaire et adipeuse fondamentale. Sa vascularisation est assez abondante, normalement formée ou lacunaire.

En résumé. — Les détails qui précèdent, l'absence presque totale de monstruosité cellulaires ou de mitoses obligent à conclure à : *Fibrome diffus envahissant*

n'ayant pas encore atteint, sur les fragments biopsiés, la phase sarcomateuse typique ».

La biopsie ne permet donc pas de trancher d'une façon absolue la question de la malignité de la tumeur.

En effet, les cellules fibroblastiques qui composent la tumeur sont adultes, les mitoses y sont rares, mais par contre les noyaux sont fortement chromatophiles, la tumeur n'a pas de limites nettes et surtout tend à envahir les tissus environnants, enfin la vascularisation est lacunaire par endroits.

Si la tumeur n'est donc pas un sarcome typique, il est certain néanmoins qu'elle présente une tendance à la transformation maligne et doit être considérée comme telle.

La femme est envoyée dans le Service de Radiologie de l'Hôpital Tenon pour radiothérapie profonde.

ÉTUDE CLINIQUE

Que peut-on déduire de cette observation ?

L'interrogatoire semble donner fort peu de renseignements.

Les antécédents familiaux ne permettent pas de conclure à l'origine héréditaire de la tumeur.

De même on ne note aucun signe fonctionnel qui puisse attirer l'attention au début vers la tumeur. Il est certain par contre que des signes de compression pelvienne puissent apparaître lorsque la tumeur atteint un certain développement. Les signes généraux sont peu précis.

L'inspection et la palpation ne montrent également rien au début à moins que la tumeur se développe aux dépens d'un os superficiel comme le sacrum par exemple.

Mais c'est le toucher vaginal complété par le toucher rectal qui révèle la tumeur et permet son exploration. On peut ainsi préciser le siège de la tumeur, son origine, son volume, sa forme, ses contours, sa consistance et surtout le degré d'obstruction du canal pelvi-génital et son extirpabilité.

L'importance du toucher est donc capitale surtout si on est appelé d'urgence auprès d'une femme en travail car il permet de reconnaître la tumeur, cause de la dystocie et de discuter le traitement.

L'examen radiologique qui n'a apporté aucun renseignement dans le cas cité, doit être néanmoins régulièrement pratiqué, la tumeur pelvienne pouvant être opaque aux rayons X.

Les différents examens de laboratoire sont également intéressants, permettant d'éliminer la syphilis dont on connaît la tendance à la production d'exostoses et de réactions périostées.

Le résultat de la réaction à l'acétate de cuivre concentré ne sera admis qu'avec beaucoup de circonspection et devra toujours être contrôlé par la biopsie.

Enfin la biopsie donnera des renseignements précieux, en permettant de reconnaître la nature histologique exacte de la tumeur et de juger de sa malignité.

PRONOSTIC ET RAPPORTS DE LA TUMEUR AVFC LA PUERPÉRALITÉ

Le pronostic de la tumeur elle-même est évidemment très sombre si elle est maligne. Dans notre cas, sa malignité n'est pas formellement démontrée mais la tendance à la transformation sarcomateuse, comme le montre l'absence de limites précises et l'envahissement des tissus voisins par la tumeur, doit être retenue.

Le pronostic dépendra donc ici de l'efficacité du traitement appliqué.

Quelle est l'influence de la tumeur sur la puerpéralité ?

Il ne semble pas que la grossesse puisse être entravée par l'existence de la tumeur et évoluer vers l'avortement. Mais l'accommodation du fœtus est certainement gênée.

Ainsi dans le cas cité, la tête est toujours restée haute et son engagement ne s'est jamais produit.

L'accouchement par les voies naturelles est donc le plus souvent impossible et si l'on n'intervient pas à temps pendant le travail, la vie de la mère et de l'enfant sera en jeu.

Les suites de couches sont en général normales et la lactation s'établit régulièrement, mais l'avenir de la mère dépendra de l'évolution de la tumeur.

Quelle est l'influence de la puerpéralité sur la tumeur ?

Il est intéressant de remarquer dans notre observation que la tumeur a été reconnue au 8^e mois de la grossesse alors que 3 semaines auparavant le toucher vaginal n'indiquait rien d'anormal. La tumeur était donc apparue au cours du dernier quart de la grossesse et avait pris un développement rapide pendant la durée de celle-ci. Il semble donc exister une certaine relation entre l'apparition d'une tumeur à tendance envahissante et l'état de puerpéralité qui créerait ainsi un terrain favorable aux néoformations.

TRAITEMENT

1° *Pendant la grossesse.*

Si la tumeur est reconnue au début de la grossesse, on peut tenter son extirpation si elle est possible. Dans le cas contraire, on appliquera la radio ou radium-thérapie.

Si la tumeur est reconnue à la fin de la grossesse, comme c'était dans notre cas, on attendra la fin de la puerpéralité.

2° *Pendant le travail.*

Si la tumeur est reconnue encore avant le travail et si son volume et sa situation ne permettent pas d'espérer une évolution favorable de l'accouchement, on mettra la femme en observation et on pratiquera la césarienne au début du travail.

Si on est appelé d'urgence auprès de la femme déjà en travail, la tumeur rendant l'accouchement impossible, on pratiquera également la césarienne.

3° *Après l'accouchement.*

C'est le traitement de la tumeur.

On pratiquera son extirpation chaque fois que son siège et son volume le permettent, sinon on utilisera la radio ou radium-thérapie.

CONCLUSION

Cette étude permet de conclure que :

1° la dystocie par tumeur fibroblastique du bassin est très rare, mais son intérêt n'est pas négligeable ;

2° le développement rapide de la tumeur nécessite le plus souvent la césarienne ;

3° le pronostic est toujours sérieux pour la mère ;

4° le traitement généralement appliqué est l'extirpation chirurgicale ou la radiothérapie ;

5° la puerpéralité semble créer un terrain favorable aux néoformations.

Vu le Président,

C. JEANNIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BAR et BRINDEAU. — Pratique de l'art de l'accouchement.
BOHLER et REILES. — Strasbourg Médical N° 29 du 15 Octobre 1934.
JEANNIN. — Revue générale de clinique et de thérapeutique N° 51 du 2 Janvier 1937.
JUGE et BRINDEAU. — Interventions chirurgicales dans la grossesse.
NAEGELÉ. — Principaux vices de conformation du bassin.
OLBINSKY. — Thèse de Paris 1938.
SABRAZES et COLRAT. — Tumeurs des os.

VU : *Le Président,*
C. JEANNIN

VU : *Le Doyen,*
TIFFENEAU

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY